



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2014

---

## **Depressionen erkennen und behandeln**

Böker, H

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-103329>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Böker, H (2014). Depressionen erkennen und behandeln. Hausarzt Praxis, 9(12):16-20.



Strategien für die Hausarztpraxis  
*Stratégies pour le médecin généraliste*

# Depressionen erkennen und behandeln

## Reconnaître et traiter les dépressions

Heinz Böker, Zürich

**Die meisten depressiv Erkrankten suchen zunächst Hilfe beim Hausarzt. Bei der Konsultation stehen oft nicht Verstimmungszustände, sondern somatische Störungen und Beschwerden im Vordergrund. Die Behandlungsplanung richtet sich vor allem nach dem Schweregrad der Depression: Leichte Depressionen können zunächst mit achtsamer Begleitung beobachtet werden, bei schwereren Depressionen sollten Antidepressiva sowie psychotherapeutische Verfahren eingesetzt werden.**

*La plupart des malades dépressifs cherchent d'abord de l'aide auprès du médecin de famille. À la consultation il n'y a souvent pas de troubles de l'humeur au premier plan, mais plutôt des troubles somatiques et des désagréments. Le plan de traitement est essentiellement conditionné par le degré de sévérité de la dépression: les dépressions légères peuvent d'abord être observées avec un accompagnement étroit, les dépressions plus sévères nécessitent l'utilisation d'anti-dépresseurs et de méthodes de psychothérapie.*

■ Depressionen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen in der modernen Gesellschaft. Nach Einschätzungen der WHO werden Depressionen bis zum Jahr 2020 direkt nach den kardiovaskulären Erkrankungen den zweiten Rang in der Reihenfolge derjenigen Erkrankungen einnehmen, die Hauptursache für verlorene Lebensjahre durch schwerwiegende Behinderungen oder Tod sind (**Abb. 1**). Die Lebenszeitprävalenz für Depressionen liegt zwischen 7 und 18% (durchschnittliche Prävalenzrate ca. 10,4%). Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer. Etwa jeder zehnte Patient in der hausärztlichen Praxis leidet vermutlich an einer Depression, welche nahezu in der Hälfte der Fälle nicht erkannt oder nicht angemessen therapiert wird [1–3]. Hausärzten und Allgemeinmedizinern kommt in der Diagnostik und Therapie der Depression eine besondere Bedeutung zu.

### Vielfältige, auch somatische Symptome

Es ist davon auszugehen, dass die meisten depressiv Erkrankten zunächst Hilfe beim Hausarzt suchen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass weiterhin Vorurteile gegenüber psychiatrischen Erkrankungen in der Bevölkerung bestehen. Diese sind verknüpft mit Hemmungen und Schamgefühlen, die dazu beitragen, dass depressive Verstimmungszustände oftmals nicht direkt von den Betroffenen angesprochen werden, sondern vielfach indirekt mit dem Hinweis auf die vorliegenden somatischen und vegetativen Symptome der Depression (**Abb. 2**). Bei depressiv Erkrankten ist nicht nur das Befinden gestört, ebenso sind Antrieb, kognitive und biologische Funktionen beeinträchtigt. Dementsprechend zählen zu den Leitsymptomen einer Depression die depressive Verstimmung, der Interessen- oder Freudeverlust (Anhedonie) sowie der verminderte Antrieb (**Tab. 1**).

### Auslöser und Komorbiditäten

Depressionsauslöser ist häufig eine bestimmte innere oder äussere Belastungssituation, die je nach genetischer oder biografisch bedingter Verletzlichkeit zu einer übermässigen Kortisol-Ausschüttung und zu einem veränderten Hirnaktivitätsmuster vor allem im rostralen und limbischen System führt. Im Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung einer Person und der sozialen Situation kann das bio-psycho-soziale Grundmuster der Depression durch eine heftige, aber dysfunktionale Gegenwehr des Betroffenen verstärkt



### Credits online

Beantworten Sie die CME-Fragen online  
unter [www.primemedic.ch](http://www.primemedic.ch)

oder aufrecht erhalten werden. So kann beispielsweise eine junge Frau mit Kleinkindern aus familiärer Verpflichtung oder ein selbstkritischer Mann mit hohem Arbeitsethos eine noch leichte depressive Hemmung aus innerer Überzeugung bekämpfen. Daneben sind auch direkte biologische Einflüsse, die vor allem das rostrale limbische System inkl. präfrontalem Kortex betreffen, bei der Depressionsentwicklung zu berücksichtigen (z.B. frontale zerebrovaskuläre Insulte, Hypothyreose, Steroid- oder Zytostatika-Therapien etc.). Angesichts dieser Mehrdimensionalität depressiver Erkrankungen lassen sich diese als Psychosomatosen der Emotionsregulation auffassen (**Abb. 3**).

Ein wesentliches Problem ergibt sich insbesondere auch aus der hohen Komorbidität mit anderen psychischen (z.B. Angststörungen, Somatisierungsstörung, Suchtkrankheiten) und somatischen Erkrankungen (z.B. koronare Herzkrankheit). Diese Variabilität der Symptomatik (Agitation, Antriebshemmung, Suizidalität, Körpersymptome, kognitive Störungen, psychotische Symptome) ist bei der Therapie der Depression zu berücksichtigen.

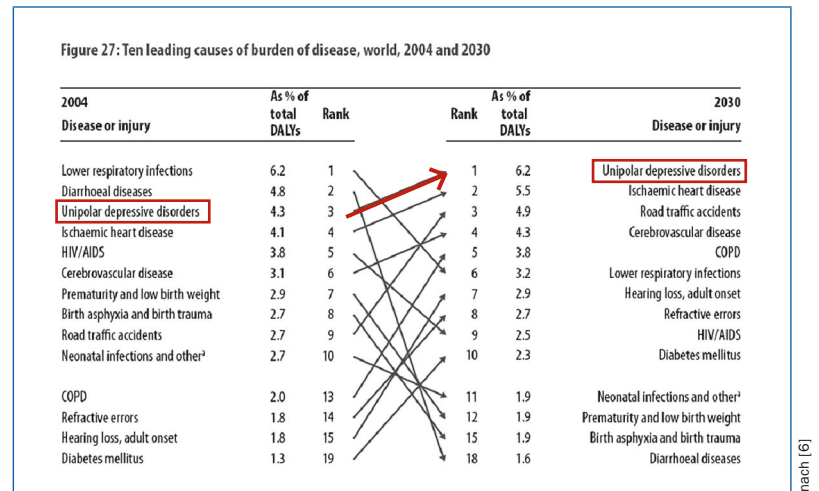
### Achtsame Begleitung der Betroffenen

Die Behandlungsplanung richtet sich im akuten Erkrankungsstadium hauptsächlich nach dem Schweregrad der Depression. Bei einer leichtgradigen depressiven Symptomatik wird zunächst eine achtsame Begleitung empfohlen (Aufklärung und Information, aktiv-abwartende Begleitung innerhalb von 14 Tagen) [4]. Diese sollte darin bestehen, den Verlauf der Symptomatik durch kurzfristige Wiedervorstellungen zu beobachten und dabei die vorhandenen Bewältigungsmechanismen der Patienten und die soziale Unterstützung im familiären Umfeld einzuschätzen.

Eine wesentliche Grundlage der Depressionsbehandlung besteht in der therapeutischen Haltung der Behandelnden. Diese ermöglicht es depressiv Erkrankten, sich auch in ihrer Erkrankung als akzeptiert zu erleben. Die Möglichkeit, sich mitzuteilen und eine Resonanz beim Gegenüber zu erleben, stellt eine erste wesentliche heilsame Erfahrung für den depressiv Erkrankten dar, hat dieser sich doch häufig aus Schamgründen bereits über einen längeren Zeitraum zurückgezogen und vielfach auch nahe Angehörige nicht mehr einbezogen. Die vorhandenen Beschwerden sollten möglichst offen und nüchtern erfragt werden. Wesentlich kann es sein, die mögliche Suizidalität zu thematisieren. Mit Relativierungen der Beschwerden und falschen Vertröstungen («halb so schlimm», «wird schon wieder») können Ärzte – ohne es zu wollen – zu einer weiteren Zunahme der bereits bestehenden Tendenzen depressiv Erkrankter, sich selbst zu überfordern und/oder als Versager zu erleben, beitragen.

Bei anhaltender oder sich verschlechternder Symptomatik ist auch bei einer leichten Depression nach etwa zwei bis vier Wochen die Einleitung einer Psycho- oder Pharmakotherapie zu erwägen. Bei den Interventionen sollte berücksichtigt werden, dass ein einführendes Verstehen depressiver Menschen dadurch erschwert wird, dass diese affektiv weniger mitschwingen können und zudem oft als dysphorisch

**Abb. 1:** Veränderungen in der Reihenfolge der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen infolge der 14 bedeutendsten Erkrankungen



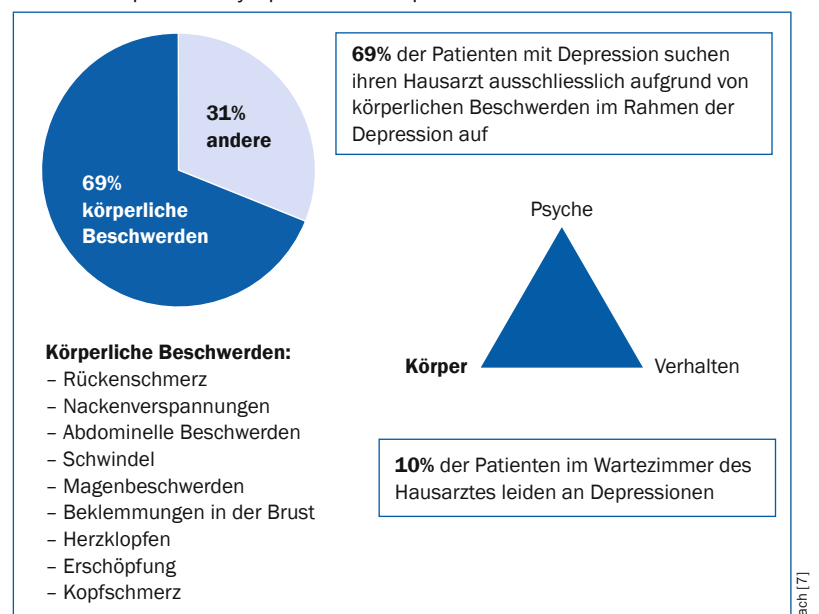
weltweit, Zeitraum von 2004–2030

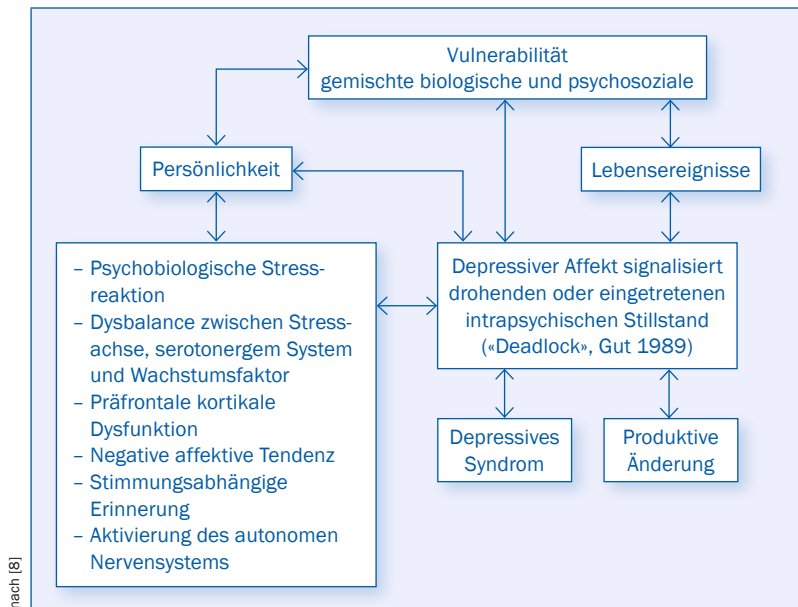
verstimmt erscheinen, so dass sich auf Seiten des Arztes negative Reaktionen entwickeln können. Dabei handelt es sich um ein nicht selten auftretendes Interaktionsphänomen mit einem depressiven Menschen. Es ist im weiteren Verlauf von grosser Tragweite, wenn dieses durch den depressiv Erkrankten ausgelöste Interaktionsphänomen zu Rückzug oder gar therapeutischem Nihilismus führt. Es empfiehlt sich, Beschwerden und Klagen zunächst unkommentiert zusammenzufassen, sie jedoch nicht zu interpretieren oder gar zu relativieren.

### Diagnostisches und therapeutisches Gespräch

An dieser Stelle zeigt sich, dass das diagnostische Gespräch bereits der Beginn der Therapie ist. In der Praxis bewährt es sich, von körperlichen Symp-

**Abb. 2:** Körperliche Symptome der Depression



**Abb. 3:** Depression als Psychosomatose der Emotionsregulation

tomen auszugehen (Schlafstörungen, Appetit- und Gewichtsverlust, Antriebsstörung, Konzentrations- und Gedächtniseinbußen, Morgentief und Tagesrhythmik) und erst allmählich auf das schwer in Worte zu fassende innere Erleben (Versagens- und Zukunftsängste, Selbstvorwürfe, Schuldgefühl) zu sprechen zu kommen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass das gesamte Zeiterleben depressiv Erkrankter verlangsamt ist. Fehlt die nötige Zeit bei einer ersten Konsultation, so sollten die Patienten baldmöglichst wieder einbestellt werden. Immer gilt es, die akute Suizidalität einzuschätzen, bevor die ambulante Therapie fortgesetzt wird.

Die Mitteilung der Diagnose und weiterer diagnostischer Informationen hat für die Patienten häufig eine entlastende Funktion, da so deutlich gemacht wird, dass die Betroffenen an einer bekannten medizinischen Krankheit mit günstiger Prognose leiden. Durch eine allfällig nötige Krankschreibung kann der kompensatorischen Selbstüberforderung Depressiver entgegengewirkt werden. Seltener wird eine Hospitalisierung notwendig sein, insbesondere bei akuter Suizidalität und schweren depressiven Episoden. Der entlastende therapeutische Effekt wird unter Umständen noch verstärkt, indem der depressiv Erkrankte aus seinem Umfeld mit täglichen und häuslichen Pflichten vorübergehend herausgenommen wird. Von längeren Ferienreisen oder Kuraufenthalten ist jedoch eher abzuraten. Diese werden von depressiv Erkrankten zumeist als Belastung erlebt, da die Patienten sich durch die an sie gerichteten Erwartungen überfordert fühlen.

#### Angehörige miteinbeziehen

Bestehen Anzeichen dafür, dass Angehörige hilflos reagieren, sich schuldig fühlen, ungeduldig-fordernd oder kritisch-ablehnend reagieren, so sollte mit dem Einverständnis des depressiv Erkrankten auch der Lebenspartner angehört und über die Diagnose orien-

tiert werden. Geduld ist manchmal von allen Betroffenen leichter aufzubringen, wenn ihnen – aufgrund einer guten Prognose des depressiven Leidens – realistisch Hoffnung gemacht werden kann. Bei prä-morbid gespannten Beziehungen kann es hilfreich sein, den Partner in Einzelgesprächen zu unterstützen und später, bei Abklingen der Depression, Paar- oder Familiengespräche anzubieten.

#### Grundsätze der Pharmakotherapie

Bei mittelschweren und schweren Depressionen ist in der Regel eine psychopharmakotherapeutische Behandlung indiziert. Unter den Psychopharmaka sind die traditionellen Antidepressiva (insbesondere Trizyklika) mit mehr Nebenwirkungen – vor allem vegetativer und kardiovaskulärer Art – behaftet als die modernen selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), die selektiven MAO-Hemmer (MAO-I) und die selektiven Serotonin- und Nordadrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) [5]. Eine neue medikamentöse Behandlungsstrategie ist Agomelatin, das zugleich die Schlafregulation positiv beeinflusst und keine sexuellen Nebenwirkungen auslöst.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist davon auszugehen, dass sich alle auf dem Markt befindlichen Antidepressiva weniger durch ihre Wirksamkeit als mehr durch ihre unerwünschten Nebenwirkungen unterscheiden. Die Antidepressiva der sog. zweiten und dritten Generation lösen im Gegensatz zu den trizyklischen, tetrazyklischen und atypischen Antidepressiva weniger klinisch relevante Nebenwirkungen aus und eignen sich somit für die Behandlung im ambulanten Bereich, bei Komorbidität oder im Alter. Mit Sicherheit kann im klinischen Alltag – auch unter ambulanten Bedingungen – auf den Einsatz der trizyklischen, tetrazyklischen und atypischen Antidepressiva aber nicht verzichtet werden. Unter Berücksichtigung von Vorsichtsmaßnahmen (z.B. EKG-Kontrollen im Hinblick auf kardiovaskuläre Nebenwirkungen) sollte insbesondere bei schwergradigen Depressionen auf Trizyklika zurückgegriffen und auch der Einsatz sog. irreversibler MAO-Hemmer erwogen werden.

#### Antidepressivum sollte nach 10–14 Tagen wirken

Als Grundsatz gilt, dass jeder Behandlungsversuch bei akzeptabler Verträglichkeit mit genügenden hohen Dosen und ausreichend langer Dauer erfolgen sollte. Die Erfolgsquote bei der ersten thymoleptischen Behandlung beträgt ca. 65% bei leichten und ca. 50% bei schweren Depressionen. Es ist wichtig, die Patienten über diese Zusammenhänge zu informieren, um einer depressiv-resignativen Verarbeitung eines möglicherweise scheiternden ersten medikamentösen Behandlungsversuchs vorzubeugen.

Das Ziel der Akutbehandlung besteht darin, möglichst rasch ein wirksames Medikament zu finden, mit dem Besserung und schliesslich Symptombefreiheit erreicht werden kann. Im Gegensatz zu den früheren Annahmen einer grossen Wirklatenz ist heute davon auszugehen, dass ein Antidepressivum etwa nach 10–14 Tagen eine gewünschte Wirksamkeit aufweisen sollte. Ist dies nicht der Fall, so sollte die Dosis erhöht werden. Keinesfalls sollten Antidepressiva bei feh-

lender Wirksamkeit über einen langen Zeitraum mit unveränderter therapeutischer Strategie eingesetzt werden. Zu erwägen sind Augmentationsstrategien, d.h. der Einsatz von Lithium oder anderen Mood-Stabilisern wie Antiepileptika, ferner auch Thyreostatika.

In der ca. sechs Monate dauernden Stabilisierungsphase sollte die Dosierung mit etwa der gleichen Dosis weitergeführt werden. Die anschliessende Dosisreduktion sollte vorsichtig in kleinen Schritten erfolgen.

Grundsätzlich muss bei jeder medikamentösen Behandlung die Suizidalität und die Fähigkeit, in einer Krise Hilfe zu holen, gut eingeschätzt werden. Auf Medikamente mit einem engen therapeutischen Bereich bzw. einer hohen Toxizität bei Intoxikation (z.B. Lithium, TCA) ist während der Akutbehandlung im Zweifelsfall entweder zu verzichten oder es ist eine geeignete Abgabemodalität zu suchen.

### Praktische Empfehlungen zur Auswahl des Antidepressivums

Bei der Auswahl des Antidepressivums können folgende Empfehlungen hilfreich sein:

1. Hat ein Patient schon früher auf ein bestimmtes Antidepressivum gut angesprochen, so ist ein Versuch mit diesem Medikament empfehlenswert. Eine Ausnahme bilden zwischenzeitig neu aufgetretene Kontraindikationen wie kardiale Rhythmusstörungen etc.
2. Bei ausgeprägten Schlafstörungen kann ein sedierend wirkendes Antidepressivum (möglicherweise auch in einer Einmaldosis, z.B. Mianserin, Trazodon) am Abend gegeben werden. Wenn trotzdem Schlafstörungen bestehen, ist die zeitlich begrenzte Gabe eines länger wirksamen Benzodiazepin-Präparats hilfreich (z.B. Flurazepam). Bei ausgeprägter Angst oder Suizidalität ist auch tagsüber ein Benzodiazepin-Präparat mit längerer Halbwertszeit empfehlenswert (z.B. Diazepam). Auch weniger sedierende Antidepressiva (z.B. Paroxetin, Citalopram, Moclobemid) können mit sedierenden Substanzen kombiniert werden. Im längeren Zeitverlauf ist dabei die Abhängigkeitsproblematik im Auge zu behalten. Bei anhaltender akuter Suizidalität ist der Einsatz von Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika (Antiepileptika) zu erwägen.
3. Im klinischen Alltag hat es sich bewährt, Antidepressiva auch nach ihren Nebenwirkungsprofilen auszuwählen. In der ambulanten Behandlung sind generell besser verträgliche Antidepressiva der neuen Generationen wegen ihrer fehlenden anticholinergen Nebenwirkungen als Antidepressiva der ersten Wahl anzusehen, insbesondere hinsichtlich der Compliance (z.B. Fahrtauglichkeit). Dies gilt vor allem auch für die Behandlung älterer Patienten. Patienten mit kardialen Dysfunktionen, Prostatahypertrophie, Glaukom und anderen Kontraindikationen für eine anticholinergische Medikation sollten ohne intensives Monitoring nicht mit Trizyklika oder Maprotilin behandelt werden.
4. Patienten, die an einer schweren Depression, insbesondere auch an einem depressiven Wahn leiden (Verarmungs-, Schuld-, hypochondrischer und nihi-

**Tab. 1:** ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode

**Die Einschlusskriterien für eine depressive Episode sind erfüllt, wenn während mindestens ca. 2 Wochen**

**A. mindestens zwei (bzw. für eine schwere Depression drei) der folgenden Symptome vorliegen:**

1. Depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag und im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen
2. Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren
3. Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit

**B. und zusätzlich mindestens eines der folgenden Symptome vorliegt, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4–8 beträgt (siehe unten):**

4. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls
5. Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle
6. Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid; suizidales Verhalten
7. Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit
8. Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)
9. Schlafstörungen jeder Art
10. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung

#### Abstufung der Depression in Schweregrade:

Leichte Depression	2 Symptome der ersten drei	Gesamtzahl mind. 4
Mittelgradige Depression	2 Symptome der ersten drei	Gesamtzahl mind. 6
Schwere Depression	3 Symptome der ersten drei	Gesamtzahl mind. 8

listischer Wahn), benötigen in der Regel eine Kombinationsbehandlung eines Antidepressivums mit einem Neuroleptikum (z.B. Quetiapin).

5. Depressive Patienten, die zugleich an einer Zwangserkrankung oder an einer Bulimie leiden, sprechen besonders gut auf Clomipramin sowie auf SSRI-Präparate an. Es ist davon auszugehen, dass ein spezifisches Wirkspektrum für die Antidepressiva nicht endgültig festzulegen ist, weil gerade neu entwickelte Medikamente Hinweise dafür geben, dass sie nicht nur bei verschiedenen Subtypen depressiver Symptome, sondern auch bei generalisierter Angststörung, Panikstörung, phobischen Störungen und anderen psychischen Erkrankungen (z.B. im Rahmen der Komorbidität bei somatischen Störungen) wirken können. Ferner finden atypische Neuroleptika (z.B. Quetiapin) zunehmend Eingang in die Depressionsbehandlung.

Die Handhabung auch der neueren, besser verträglichen Antidepressiva bei gleichzeitiger Applikation anderer Medikamente kann durch Interaktionen kompliziert werden. Besonders gefährlich sind Kombinationen von Moclobemid mit Clomipramin, SSRI und den Serotonin-Präkursoren L-Tryptophan und L-5-Hydroxytryptophan: Es besteht Gefahr für ein lebensbedrohliches Serotonin-Syndrom mit u.a. Unruhe, Myoklonien, Verwirrung und Krampfanfällen.



### Psychotherapeutische Behandlungsansätze

Eine supportive und verständnisvolle Begleitung im Sinne einer psychotherapeutischen Basisbehandlung ist ein wesentlicher Baustein jeglicher Form von Depressionsbehandlung. Bei gebesserten schweren Depressionen oder bei von Anfang an leichten bis mittelschweren Depressionen können spezifische psychotherapeutische Methoden eingesetzt werden. Alle psychotherapeutischen Psychotherapieverfahren, die bisher in kontrollierten Untersuchungen ihre Wirksamkeit bewiesen haben, greifen in der einen oder anderen Weise am selben Punkt an: An der Tendenz depressiver Menschen, sich selbst in Frage zu stellen und sich hilflos ausgeliefert zu fühlen.

Das Ziel psychotherapeutischer Depressionsbehandlung besteht darin, die intrapsychischen und sozialen Teufelskreise der Depression aufzulösen: gestufte Aktivierung im verhaltenstherapeutischen Ansatz, Überwindung dysfunktionaler Denkinhalte im kognitiv-behavioralen Ansatz, Verarbeitung von Selbstwertzweifeln, überhöhten Selbstansprüchen, Idealvorstellungen sowie Schuldgefühlen und Einbezug des biografischen Hintergrunds in der psychoanalytischen Psychotherapie, Bewältigung interpersoneller Konflikte und Überwindung pathologischer Trauerreaktionen und persönlicher Verluste in der personellen Psychotherapie. Bei lang anhaltenden, bereits seit Jugendzeit bestehenden, häufig chronifizierten Depressionen ist der Einsatz von CBASP («Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy») zu erwägen.

### Ausblick

Die hausärztliche Praxis ist häufig die erste und vielfach im längeren Behandlungsverlauf die wichtigste kontinuierliche Anlaufstelle vieler depressiv Erkrankter. In der akuten Depression ist abhängig vom Schweregrad (aufmerksame Begleitung bei leichten Depressionen) die Einleitung sowohl einer antidepressiven Medikation wie auch störungsspezifischer psychotherapeutischer Interventionen zu erwägen. Die Indikation für einzelne Therapieformen ist wesentlich abhängig vom aktuellen Leidensdruck, der Motivation und der Introspektionsfähigkeit der PatientInnen. Auch der bisherige Verlauf der Erkrankung, Persönlichkeitsfaktoren und soziale Rahmenbedingungen sind zu berücksichtigen.

Die Zusammenarbeit mit Psychiatern wird häufig erforderlich zur Abklärung der akuten Suizidalität und im Hinblick auf die Behandlung der mittelschweren und schweren Depression. Bei Patienten mit rezidivierenden depressiven Episoden sollte die medikamentöse Prophylaxe in der therapeutischen Dosis der

Akutdosis noch länger weitergeführt werden. Bei antidepressiver Langzeitprophylaxe ist jährlich ein somatischer Check-up (inkl. EKG) zu empfehlen, insbesondere bei älteren Patienten. Eine Alternative zur Langzeitbehandlung mit Antidepressiva ist die Prophylaxe mit Lithium bzw. der Einsatz weiterer Stimmungsstabilisatoren (Antiepileptika, z.B. Lamotrigin).



**Prof. Dr. med. Heinz Böker**

Chefarzt

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Zentrum für Depressionen, Angsterkrankungen

und Psychotherapie

Lenggstrasse 31, Postfach 1931  
8032 Zürich

### Literatur:

1. Jacoby I, et al.: Retraining physicians for primary care. A study of physicians perspectives and program development. JAMA 1997; 277(19): 1569–1573.
2. Üstün TB, Sartorius N (eds): Mental illness in general healthcare. An international study. John Wiley & Sons, Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore 1995.
3. Wittchen HU: Die Studie Depression 2000. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinärzten. Fortschritte der Medizin 2000; 188: Sonderheft i: 1–3.
4. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPs, DGRW für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (Hg.) (2009): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage. Berlin, Düsseldorf (DGPPN, ÄZQ, AWMF). Internet: [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de), [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de), [www.awmf-leitlinien.de](http://www.awmf-leitlinien.de).
5. Holsboer-Trachsler E, et al.: Die somatische Behandlung der unipolaren depressiven Störungen. 1. und 2. Teil. (Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Angst und Depression). Schweiz Med Forum 2010; 10(46): 802–809.
6. The Global Burden of Disease, 2004 Update, WHO.
7. Simon GE, et al.: An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999; 341: 1329–1335.
8. Böker H: Psychotherapie der Depression. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2011.

**FAZIT FÜR DIE PRAXIS**

- Depressive Verstimmungszustände werden von den Betroffenen oft nicht direkt angesprochen, sondern vielfach indirekt mit dem Hinweis auf somatische und vegetative Symptome.
- Die Behandlungsplanung richtet sich im akuten Erkrankungsstadium hauptsächlich nach dem Schweregrad der Depression.
- Bei anhaltender oder sich verschlechternder Symptomatik ist auch bei einer leichten Depression nach etwa zwei bis vier Wochen die Einleitung einer Psycho- oder Pharmakotherapie zu erwägen.
- Alle auf dem Markt befindlichen Antidepressiva unterscheiden sich weniger durch ihre Wirksamkeit als mehr durch ihre unerwünschten Nebenwirkungen.
- Ein Antidepressivum sollte etwa nach 10–14 Tagen eine gewünschte Wirksamkeit aufweisen; ist dies nicht der Fall, so sollte die Dosis erhöht werden.
- Alle psychotherapeutischen Psychotherapieverfahren, die bisher in kontrollierten Untersuchungen ihre Wirksamkeit bewiesen haben, greifen in der einen oder anderen Weise am selben Punkt an: An der Tendenz depressiver Menschen, sich selbst in Frage zu stellen und sich hilflos ausgeliefert zu fühlen.
- Die Zusammenarbeit mit Psychiatern wird häufig erforderlich zur Abklärung der akuten Suizidalität und im Hinblick auf die Behandlung der mittelschweren und schweren Depression.

**A RETENIR**

- *Les troubles de l'humeur dépressifs ne sont pas abordés directement par les patients, mais plutôt indirectement avec la mention de symptômes somatiques et végétatifs.*
- *Le plan de traitement est défini par le stade de la maladie aiguë, essentiellement en fonction du degré de sévérité de la dépression.*
- *En cas de symptomatologie durable ou s'aggravant, il convient d'envisager même dans le cas d'une dépression légère, au bout de deux à quatre semaines, l'instauration d'une psycho- ou pharmacothérapie.*
- *Tous les antidépresseurs disponibles sur le marché sont peu différents du point de vue de leur efficacité mais plus par leurs effets indésirables.*
- *Un antidépresseur doit présenter une efficacité au bout de 10 à 14 jours; si ce n'est pas le cas, il faut augmenter la dose.*
- *Tous les procédés de psychothérapie psychothérapeutiques, qui ont démontré jusqu'ici leur efficacité dans des études contrôlées, visent d'une manière ou d'une autre le même point: sur les personnes à tendance dépressive qui se remettent en question et ont un sentiment d'impuissance.*
- *La collaboration avec les psychiatres sera souvent nécessaire pour l'évaluation des tendances suicidaires aiguës et dans le cadre du traitement de la dépression moyenne et sévère.*